

# **Universidad Católica de Santa María**

## **Facultad de Medicina Humana**

### **Segunda Especialidad en Psiquiatría**



**“DIFERENCIAS EN LA INTELIGENCIA EMOCIONAL EN PACIENTES CON  
TRASTORNO BIPOLAR Y CON TRASTORNO LÍMITE DE LA  
PERSONALIDAD. SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL  
GOYENECHE, AREQUIPA 2021”**

Proyecto de Investigación presentada por  
la M.C.:

**Alarcón Guzmán, Claudia Ximena**

Para optar el Título de:

**Segunda especialidad en Psiquiatría**

Asesor:

**Dr. Zevallos Rodríguez, Juan Manuel**

**Arequipa - Perú  
2021**

## RESUMEN

El presente estudio busca establecer diferencias en la inteligencia emocional en pacientes con trastorno bipolar y con trastorno límite de la personalidad. Servicio de Psiquiatría del Hospital Goyeneche, Arequipa 2021.

Se entrevistará un grupo de pacientes que acudan al servicio de psiquiatría con las patologías de trastorno bipolar (F31) y con trastorno límite de la personalidad (F60.3) y un grupo control sin estos trastornos, y se aplicará en ambos el inventario de inteligencia emocional de BarOn ICE.

Se realizará análisis de datos con prueba de independencia chi cuadrado para grupos independientes con nivel de significancia 0.05. La relación de los componentes de la inteligencia emocional entre los grupos mediante análisis de varianza (ANOVA) de una vía, con comparación post-hoc de Tukey.

Los resultados de la presente investigación permitirán establecer en qué grupo de pacientes con dos trastornos relevantes se tiene una mejor inteligencia emocional y sus componentes, lo que permitirá una intervención educativa para un mejor funcionamiento social.

**PALABRAS CLAVE:** inteligencia emocional, trastorno bipolar, trastorno límite de la personalidad.

## ABSTRACT

The present study seeks to establish differences in emotional intelligence in patients with bipolar disorder and borderline personality disorder. Psychiatry Service of the Goyeneche Hospital, Arequipa 2021.

A group of patients who come to the psychiatry service with bipolar disorder pathologies (F31) and borderline personality disorder (F60.3) and a control group without these disorders will be interviewed, and the emotional intelligence inventory BarOn ICE will be applied to both.

Data analysis will be carried out with a chi-square test of independence for independent groups with a significance level of 0.05. The relationship of the components of emotional intelligence between the groups using one-way analysis of variance (ANOVA), with Tukey's post-hoc comparison.

The results of the present investigation will make it possible to establish in which group of patients with two relevant disorders has better emotional intelligence and its components, which will allow an educational intervention for better social functioning.

**KEY WORDS:** emotional intelligence, bipolar disorder, borderline personality disorder.

## ÍNDICE

	Pág
RESUMEN .....	ii
ABSTRACT .....	iii
I. PREÁMBULO .....	1
II. PLANTEAMIENTO TEÓRICO .....	2
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN .....	2
2. MARCO CONCEPTUAL .....	4
3. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS .....	18
4. OBJETIVOS.....	22
5. HIPÓTESIS.....	22
III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL .....	23
1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN .....	23
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN .....	23
3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	25
IV CRONOGRAMA DE TRABAJO.....	27
V. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	28
VI ANEXOS .....	31
Anexo 1: Ficha de recolección de datos .....	31



## I. PREÁMBULO

La inteligencia emocional (IE) es un conjunto de habilidades de identificación, facilitación, comprensión y regulación emocional, las cuales nos permiten utilizar el conocimiento emocional para alcanzar un mayor ajuste y bienestar psicológico. Varios estudios demuestran que pacientes con diferentes psicopatologías o síntomas clínicos presentan notables déficits en la IE (1).

El trastorno bipolar es un trastorno crónico y recurrente que se caracteriza por fluctuaciones patológicas del estado del ánimo. Las fases de la enfermedad incluyen episodios hipomaniacos, maniacos y depresivos. Estos episodios interfieren de forma significativa en la vida cotidiana del paciente y en su entorno, con importante repercusión en su salud y calidad de vida (2).

Los trastornos de personalidad constituyen un patrón perdurable de sentimientos, pensamientos y comportamientos que se desvía considerablemente de las expectativas de la cultura a la que pertenece la persona que lo padece, presentándose de forma inflexible. Uno de los trastornos más significativos por su prevalencia es el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP); las personas con TLP muestran dificultades para comunicarse y, en especial, para establecer confianza con otras personas (3).

Existe una superposición entre las manifestaciones del TB y el TLP; se estima que las condiciones de confusión entre ambos se encuentran en el 20% de los casos, en los que se llega a convertir en un problema importante. Hace tiempo que se considera que el TB y el TLP tienen similitudes significativas y comorbilidad asociada. Las similitudes de ambos trastornos son la disregulación afectiva, la incidencia de síntomas depresivos atípicos, la incidencia de autoagresiones, posibles vínculos genéticos, reducción general de la modulación límbica, reducción del tamaño del hipocampo y la incidencia de la interrupción del sueño, entre otros (4).

Puesto que la inteligencia emocional puede ser un factor importante para el logro de habilidades sociales y poder lidiar con los problemas que se enfrentan en la vida cotidiana, es importante conocer en cuál de los trastornos mencionados se encuentra mejor desarrollada, o cuál de sus componentes es mejor, para poder diseñar estrategias de intervención y poder emplear estas habilidades en el manejo de emociones y lograr un mejor funcionamiento social de estos grupos de pacientes.

## II. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

### 1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

#### 1.1. Enunciado del Problema

¿Existen diferencias en la inteligencia emocional en pacientes con trastorno bipolar y con trastorno límite de la personalidad atendidos en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Goyeneche, Arequipa durante el año 2021?

#### 1.2. Descripción del Problema

##### 1.2.1. Área del conocimiento

- Área general: Ciencias de la Salud
- Área específica: Medicina Humana
- Especialidad: Psiquiatría
- Línea: Inteligencia emocional – trastorno bipolar – trastorno límite de personalidad

##### 1.2.2. Operacionalización de Variables

Variable	Indicador	Subindicador
<b>Variable independiente</b>		
Tipo de trastorno	Diagnóstico psiquiátrico	Trastorno bipolar / Trastorno límite de personalidad
<b>Variable dependiente</b>		
Inteligencia emocional	Inventario BarOn ICE	Buena, regular, mala
<b>Variables intervinientes</b>		
Edad	Fecha de nacimiento	Años
Sexo	Caracteres sexuales secundarios	Masculino, femenino

### 1.2.3. Interrogantes básicas

1. ¿Cuál es el nivel y el componente más alto de la inteligencia emocional en pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar atendidos en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Goyeneche, Arequipa durante el año 2021?
2. ¿Cuál es el nivel y el componente más alto de la inteligencia emocional en pacientes con diagnóstico de trastorno límite de personalidad atendidos en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Goyeneche, Arequipa durante el año 2021?
3. ¿Existen diferencias en la inteligencia emocional según el género en pacientes atendidos en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Goyeneche, Arequipa durante el año 2021?

### 1.2.4. Tipo de investigación:

- Se trata de un estudio de campo.

### 1.2.5. Nivel de investigación:

- Es un estudio explicativo.

### 1.2.6. Diseño de investigación:

- Es un estudio observacional, prospectivo, transversal.

## 1.3. Justificación del problema

El presente estudio busca identificar diferencias en la inteligencia emocional entre pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar y de trastorno límite de personalidad atendidos en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Goyeneche, Arequipa durante el año 2021. No hemos encontrado estudios que relacionen la inteligencia emocional en dos distintos tipos de trastornos psiquiátricos, por lo que el estudio reviste **originalidad**.

Tiene **relevancia científica**, puesto que se demuestra que pacientes con trastornos psiquiátricos presentan niveles inferiores de inteligencia emocional.

Tiene **relevancia práctica** porque nos permitirá conocer un factor implicado en el proceso de salud enfermedad y usar a futuro componentes de la inteligencia emocional en el diseño de evaluaciones e intervenciones psicoterapéuticas.



Tiene **relevancia social** porque beneficiara a los usuarios con distintos trastornos psicopatológicos a identificar y mejorar las habilidades sociales y así las relaciones de forma sana y constructiva en beneficio del desarrollo personal, familiar y social.

El estudio es **contemporáneo** ya que las enfermedades de salud mental constituyen una epidemia silenciosa a nivel mundial, siendo muchas veces motivos de discapacidad, las presiones socioeconómicas persistentes constituyen un riesgo para la salud mental de las personas y comunidades (4).

El estudio es **factible** por su diseño prospectivo en el que se cuenta con pacientes que se atienden periódicamente en el servicio de psiquiatría.

Satisface la **motivación personal** de realizar un estudio en la especialidad de la psiquiatría, de modo que a la vez se cumple así las **políticas de investigación** de la Universidad como exigencia para la obtención del título de segunda especialidad.

## 2. MARCO CONCEPTUAL

### 2.1. Inteligencia emocional

#### 2.1.1. Concepto

De acuerdo a Daniel Goleman, la Inteligencia Emocional se define como “el termino Inteligencia Emocional es la capacidad humana de sentir, entender, controlar y modificar estados emocionales en uno mismo y en los demás. Inteligencia Emocional no es ahogar las emociones sino dirigirlas y equilibrarlas” (5).

El concepto de "Inteligencia Emocional" enfatiza el papel preponderante que ejercen las emociones dentro del funcionamiento psicológico de una persona cuando ésta se ve enfrentada a momentos difíciles y tareas importantes: los peligros, las pérdidas dolorosas, la persistencia hacia una meta a pesar de los fracasos, el enfrentar riesgos, los conflictos con un compañero en el trabajo. En todas estas situaciones hay una involucración emocional que puede resultar en una acción que culmine de modo exitoso o bien interferir negativamente en el desempeño final. Cada emoción ofrece una disposición definida a la acción, de manera que el repertorio emocional de la persona y su forma de operar influirá decisivamente en el éxito o fracaso que obtenga en las tareas que emprenda. Entonces viene a ser la habilidad para el procesamiento de la información



emocional que facilita la comprensión tanto de las propias emociones como las de los demás, que permite la regulación exitosa de la propia conducta y una interacción social adaptativa (6).

### 2.1.2. Funcionamiento de las Emociones

Para comprender el funcionamiento general de las emociones y que papel cumplen vamos a considerar brevemente su fundamento cerebral. Toda la información sensorial es conducida desde los sentidos a la corteza cerebral, pasando por una estación intermedia, situada en el tronco cerebral, el tálamo. El tálamo está conectado con una de las estructuras fundamentales del cerebro emocional, la amígdala, que se encarga entre otras importantes funciones emocionales de escudriñar las percepciones en busca de alguna clase de amenaza, activa la secreción de noradrenalina, hormona responsable del estado de alerta cerebral. Ambas están relacionadas por una vía nerviosa rápida, de una sola sinapsis, lo que posibilita que la amígdala responda a la información antes de que lo haga el neocortex y que explica el dominio que las emociones pueden ejercer sobre nuestra voluntad y los fenómenos de secuestro emocional. Una tercera estructura implicada es el hipocampo, encargada de proporcionar una aguda memoria del contexto, los hechos puros, mientras la amígdala se encarga de registrar el clima emocional que los acompaña. Por su parte, el lóbulo prefrontal se encarga constituye una especie de modulador de las respuestas de la amígdala y el sistema límbico que desconecta los impulsos emocionales más negativos a través de sus conexiones con la amígdala, es el responsable de la comprensión de que algo merece una respuesta emocional, ejemplo la alegría por haber logrado algo o el enfado por lo que nos han dicho, además controla la memoria de trabajo, por lo que la perturbación emocional obstaculiza las facultades intelectuales y dificulta la capacidad de aprender (7).

Las emociones son, en esencia impulsos que nos llevan a actuar, programas de reacción automática con los que nos ha dotado la evolución y que nos permiten afrontar situaciones verdaderamente difíciles; un sistema con tres componentes:

1. El perceptivo, destinado a la detección de los estímulos elicitores; que incluye elementos hereditarios, como es nuestra predisposición a valorar el vacío, los lugares cerrados, los insectos o las serpientes, como posibles situaciones peligrosas, y a veces fruto de las experiencias, como puede ser el

surgimiento de una fobia o la ansiedad a los exámenes, o el placer por una buena nota.

2. El motivacional, encargado de impulsar, mantener y dirigir la conducta, gracias a su relación con el sistema hormonal: por ejemplo, el miedo nos impulsa a la evitación.
3. El conductual, que hemos de analizar en su triple manifestación, reacción fisiológica perceptible, pensamientos y conductas manifiesta. Es el elemento más influido por las experiencias de aprendizaje previo y el medio cultural. Por ejemplo: la expresión de la pena en distintas culturas o el desarrollo de estrategias de evitación de las situaciones de prueba en el ámbito escolar o las fobias escolares (8).

### 2.1.3. Competencias de la Inteligencia Emocional

**1.-Conocimiento de las propias emociones (autoconciencia):** Capacidad de reconocer un sentimiento en el mismo momento en el que aparece, lo constituye la piedra angular de la inteligencia emocional.

El niño no posee un conocimiento emocional innato de las situaciones y conflictos. Creer que el niño por el mero hecho de crecer sabrá reaccionar de la mejor manera, en el momento oportuno, ante la persona adecuada y en el grado correcto es una gran equivocación.

La percepción de nuestras propias emociones implica saber prestar atención a nuestro propio estado interno. Pero estamos muy poco acostumbrados a hacerlo y es preciso aprenderlo desde pequeños. Existen numerosas actividades para aprender a notar lo que sentimos, basta comenzar a prestar atención a las señales corporales que acompañan su aparición. Las emociones son el punto de intersección entre mente y cuerpo, se experimentan físicamente, pero son el resultado de una actividad mental.

La Inteligencia Emocional comienza con la autoconciencia. El término conciencia se usa para distinguir, entre las funciones mentales, las características que se refieren tanto al llamado 'estado de conciencia', o para designar los procesos internos del hombre de los que es posible adquirir conciencia, y es en este último sentido que utilizamos el término autoconciencia.

**2.-Capacidad de controlar las emociones (autocontrol):** Capacidad que nos permite controlar la expresión de nuestros sentimientos y emociones, y adecuarlos al momento y al lugar. Se ha podido comprobar experimentalmente que aquellos alumnos que han sido entrenados en habilidades de autocontrol emocional obtienen un mejor rendimiento en el mundo académico.

Saber cuáles son los detonadores de una determinada emoción en mí me ayudaría a poder estar alerta en el momento que aparezcan esos estímulos que pueden indicar potencial pérdida de control: pueden ser palabras, frase, situaciones, lugares, incluso personas. Es importante trabajar en su detección.

**3.- Capacidad de motivarse a sí mismo (auto motivación):** Dirigir las emociones hacia un objetivo nos permite mantener la motivación y fijar nuestra atención en las metas en lugar de los obstáculos. En esto es necesaria cierta dosis de optimismo e iniciativa, de forma que seamos emprendedores y actuemos de forma positiva ante los contratiempos.

Estas tres primeras dimensiones de la inteligencia emocional dependen fuertemente de la propia persona y están en consonancia con el propio yo. En cambio, las dos dimensiones restantes se refieren a la relación con otras personas.

Nos motivamos a nosotros mismos cuando sabemos lo que queremos conseguir y cómo conseguirlo. Por lo tanto primero es fijar los objetivos y diferenciarlos de los deseos los objetivos son resultados que queremos conseguir como consecuencia de nuestra actividad. Esto debemos enseñárselo al alumnado porque esta teñida de una gran falta de motivación.

**4.-Reconocimiento de las emociones ajenas (empatía):** Significa entender lo que otras personas sienten, saber ponerse en su lugar, incluso con las personas a las cuales no consideramos simpáticas. Supone poder sintonizar con las señales sociales sutiles que indican lo que los demás quieren o necesitan.

Una de las habilidades básicas para entender al otro es saber escuchar, así como atender también a su comunicación no-verbal. El desarrollo de la empatía forma el núcleo central de los programas de prevención de la violencia.

**5.- Control de las relaciones (destreza social):** Implica dirigirse a las personas, sabiendo relacionarse con ellas y hacer algo en común en resumen, entenderse con los demás. Relacionarnos adecuadamente con las emociones ajenas supone



habilidades que están presentes necesariamente en la popularidad, el liderazgo y la eficacia interpersonal.

Cuando entendemos al otro, su manera de pensar, sus motivaciones y sentimientos podemos elegir la manera más adecuada de presentarle nuestro mensaje. Lo mismo se puede decir de muchas maneras; saber elegir cual es la más adecuada en cada momento y cuál es el momento justo no es algo que se herede, más bien se aprende (9).

Estas cinco competencias son muy útiles para cuatro áreas fundamentales de nuestra vida:

- 1) Propenden a nuestro bienestar psicológico, base para el desarrollo armónico y equilibrado de nuestra personalidad.
- 2) Contribuyen a nuestra buena salud física, moderando o eliminando patrones y/o hábitos psicosomáticos dañinos o destructivos, y previniendo enfermedades producidas por desequilibrios emocionales permanentes (angustia, miedo, ansiedad, ira, irritabilidad, etc)
- 3) Favorecen nuestro entusiasmo y motivación. Gran parte de nuestra motivación en distintas áreas de la vida está basada en estímulos emocionales. No olvidemos que la toma de decisiones esta marcada por nuestras emociones.
- 4) Permiten un mejor desarrollo de nuestras relaciones con las personas, en el área familiar-afectiva, social y laboral-profesional. La inteligencia Emocional significa llevar a un nivel óptimo la relación entre las personas. las emociones determinan como respondemos, nos comunicamos, con comportamos y funcionamos en la vida diaria (8).

#### **2.1.4. Características de las capacidades de la inteligencia emocional**

- Independencia: Cada persona aporta una contribución única al desempeño de su trabajo.
- Interdependencia: cada individuo depende en cierta medida de los demás.
- Jerarquización: las capacidades de la inteligencia emocional se refuerzan mutuamente.

- Necesidad pero no-suficiencia: poseer las capacidades no garantiza que se acaben desarrollando.
- Genéricas: se puede aplicar por lo general para todos (9).

### 2.1.5. Importancia de la Inteligencia Emocional

Para Daniel Goleman la importancia de la Inteligencia Emocional tiene que ver con saber controlar las emociones para nuestro propio bienestar. Conseguir dicha Inteligencia emocional es lo que nos va a permitir realmente vivir una vida con mayor confianza y seguridad. pero si no tienes en tu vida la inteligencia emocional siempre habrá inestabilidad. Muchas personas que tienen éxito en sus carreras y tienen problemas en otros aspectos de su vida, no son capaces de manejarlos adecuadamente porque sus emociones se desbordan. son inestables debido a que no pueden controlar su impulsividad, eso se da porque en dicha persona falta el concepto de La Inteligencia emocional., el aprender o adquirir la inteligencia emocional es un proceso que toma su tiempo, es un camino sinuoso, con altibajos y que sin embargo, vale la pena atravesar porque en el control de nuestras emociones está la clave de nuestra felicidad. Y no olvidar que dicho control implica perseverancia en decretar pensamientos positivos en la mente (8).

Tener inteligencia emocional es tener el correcto balance para sopesar adecuadamente éxitos y fracasos y poder ubicarse en el punto de equilibrio, punto justo donde siempre debe estar una persona serena, sensata y feliz.

Las sociedades modernas viven en torno a la inteligencia, los padres anhelan educar hijos inteligentes, profesionales, y desde este ángulo se abre todo un mundo de alternativas con respecto a la inteligencia; la inteligencia artificial revoluciona la computación y la tecnología, atribuyendo una cualidad reservada celosamente a la especie humana, pero actualmente atribuida a objetos inanimados. Los tiempos en que vivimos necesitan cada día más de la inteligencia, ya no es de gran utilidad la capacidad de resolver difíciles ecuaciones matemáticas, eso no basta, ahora se necesita ser y parecer emocionalmente inteligente. Es más útil a veces saber callar ante una persona que se encuentra descontrolada y no entregarle un cúmulo de razones para

hacerla ver que está equivocada, y también saber dirigir esas emociones sin reprimirlas evitando generar angustias y represiones posteriores (1).

Nuestra inteligencia emocional, llevada al área social es modificable, educable y altamente necesaria para obtener puestos de trabajo, respeto de los demás, pero por sobre todas las cosas, esta inteligencia interpersonal, es decir, la manera de cómo interactuamos con los otros nos producirá si es positiva, un equilibrio interior, si esta relación interpersonal es conflictiva, no existirá equilibrio emocional interno, lo que será causa de angustia, desasosiego, y a la larga afectará la salud manifestándose un sinnúmero de enfermedades psicosomáticas (10).

## **2.2. Trastorno bipolar**

### **2.2.1. Concepto**

Clásicamente conocido como enfermedad maníaco-depresiva, el trastorno bipolar (TB) es un trastorno de carácter crónico y recurrente en el que se presentan fluctuaciones marcadas y persistentes del estado de ánimo que conforman, junto con otros síntomas, los episodios de manía, hipomanía y depresión. Los estados de manía y depresión suponen los dos extremos del espectro del humor, representados como polos opuestos de los que se deriva el término depresión unipolar (si solamente se presenta el polo depresivo o bajo) y depresión bipolar (si se presentan ambos polos a lo largo de la vida). Cuando los estados de manía y depresión aparecen al mismo tiempo, se habla de un estado mixto del humor. Es posible que durante el curso de la enfermedad se produzcan las denominadas fases de hipomanía; estados de manía en menor grado. Se dice que un paciente es ciclador rápido cuando experimenta oscilaciones rápidas entre manía y depresión (6).

Además de la alteración del estado del humor, en el TB se presentan, en mayor o menor medida, alteraciones de la emoción, del pensamiento, cambios recurrentes en los niveles de energía y el comportamiento. Además, es común la aparición de síntomas cognitivos como la alteración del tiempo de reacción, la disfunción ejecutiva o la afectación de la memoria visual o verbal (7).

Por definición, este trastorno lleva implícito un deterioro funcional y cognitivo que se asocia a un aumento de la mortalidad, fundamentalmente por suicidio y



enfermedad cardiovascular, así como a una reducción considerable de la calidad de vida. Especialmente en la población joven, el TB irrumpe en el proceso de adquisición de determinados hitos del desarrollo en el ámbito relacional, educacional u ocupacional, suponiendo un impacto mayor que en otros grupos de edad (8). Debido a la recurrencia y cronicidad del trastorno, cobra una especial importancia el diagnóstico preciso y precoz, muchas veces dificultado por la inespecificidad de los síntomas al inicio de la enfermedad o por su similitud con la depresión unipolar (9).

### 2.2.2. Etiopatogenia

Hasta la fecha, los factores etiológicos del TB no se conocen con exactitud. Si bien es considerado como uno de los trastornos psiquiátricos con mayor componente hereditario debido a su importante carga genética, por la evidencia de la interacción gen-ambiente, el modelo etiopatogénico más aceptado en la actualidad es el multifactorial (10).

En varios estudios de familias y gemelos se ha demostrado el impacto de factores genéticos en la susceptibilidad de aparición del TB, sugiriéndose así una complejidad genética y fenotípica del trastorno. En recientes estudios de asociación de genomas (GWAS) se han identificado alelos de riesgo de pequeño efecto, muchos de ellos presentes también en la esquizofrenia (como es el caso de CACNA1C, TENM4, y NCAN) (11). No obstante, se cree que en el TB, la variación de la estructura genómica desempeñaría un papel menos relevante que en la esquizofrenia<sup>7</sup>. A pesar de la probable implicación de los circuitos monoaminérgicos en el TB, hasta la fecha no se ha identificado ninguna disfunción propia o particular (8).

Recientes estudios se están focalizando en la modulación de la neuroplasticidad en distintas regiones cerebrales implicadas en el TB, como son el córtex prefrontal, el hipocampo, la amígdala y otras regiones del sistema límbico involucradas en los circuitos reguladores de las funciones cognitivas y afectivas. Factores neurotróficos como el derivado del cerebro (también llamado BDNF, del inglés brain-derived neurotrophic factor) se han visto activamente implicados en las vías de señalización relacionadas con la neuroplasticidad. Existen otros factores en los procesos de interconexión neuronal (8). Entre los más estudiados destacan la disfunción mitocondrial, el estrés del retículo

endoplásmico, la neuroinflamación, la oxidación, la apoptosis y algunos cambios epigenéticos como la metilación de histonas y el ADN (12).

### **2.2.3. Epidemiología**

El TB afecta a más del 1% de la población mundial. La prevalencia estimada a lo largo de la vida del TB tipo I y tipo II se sitúa en torno al 0,6% y el 0,4%, respectivamente (13). En algunos estudios recientes se han sugerido prevalencias más elevadas de hasta el 2,1% en el TB tipo I, cumpliendo los criterios diagnósticos según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales en su 5ª edición (DSM-5) (19).

Se han observado mayores tasas en pacientes de raza caucásica; si bien la prevalencia del TB tipo II es más común en mujeres, la del TB tipo I es similar en hombres y mujeres (15). El TB tiene un inicio de presentación temprano, con una edad media de aparición que se sitúa en torno a los 20 años. Edades más tempranas de inicio se asocian con mayor comorbilidad psiquiátrica y no psiquiátrica (16).

### **2.2.4. Clasificación**

Tradicionalmente, el TB se ha considerado bien como parte del espectro de la psicosis, reflejado por el clásico concepto de psicosis maníaco-depresiva enunciado por Emil Kraepelin en 1899; o como un trastorno del estado de ánimo, derivado de un proceso de continuidad desde la depresión unipolar (17). Hasta la fecha, no se ha logrado identificar ningún biomarcador específico para el diagnóstico del TB, por lo que los criterios clínicos persisten, al igual que en el resto de enfermedades mentales (8).

Entre los manuales diagnósticos en el campo de la Psiquiatría, en el DSM se enuncian los criterios diagnósticos de los distintos subtipos del trastorno. Con la inclusión de la nueva categoría «Trastorno bipolar y trastornos relacionados», el TB no se engloba dentro de los trastornos afectivos ni psicóticos, sino que cuenta con una categoría propia. En el DSM-5, se distinguen varios subtipos del TB: el TB tipo I, el TB tipo II, el trastorno ciclotímico o la ciclotimia, y otras formas de TB que no cumplirían los criterios para el resto de entidades (Tabla 1) (19).



**Tabla 1. Subtipos del trastorno bipolar según el DSM-5**

Trastorno bipolar tipo I: al menos un episodio maníaco que cumpla los criterios diagnósticos establecidos. Antes o después pueden aparecer episodios de hipomanía o depresión, los cuales no son necesarios para el diagnóstico
Trastorno bipolar tipo II: al menos un episodio hipomaníaco actual o pasado, así como un episodio depresivo actual o pasado. Ambos episodios deben cumplir los criterios diagnósticos establecidos
Trastorno ciclotímico (ciclotimia): síntomas de carácter hipomaníaco y depresivo mantenidos al menos 2 años (1 año en niños y adolescentes), que no reúnen criterios suficientes para el diagnóstico de episodio hipomaníaco, maníaco o depresivo
Trastorno bipolar y trastorno relacionado inducido por sustancias/medicamentos
Trastorno bipolar y trastorno relacionado debido a otra afección médica
Otro trastorno bipolar y trastorno relacionado especificado: síntomas característicos del TB que no cumplen los criterios diagnósticos de TB I, TB II y ciclotimia. Esta entidad se emplea cuando el clínico apunta el motivo específico por el que la presentación no cumple con los criterios de un TB específico
Trastorno bipolar y trastorno relacionado no especificado: síntomas característicos del TB que no cumplen los criterios diagnósticos de ninguno de los trastornos expuestos. En esta ocasión, el clínico no especifica el motivo de incumplimiento de los criterios diagnósticos

**Fuente: American Psychiatric Association, (2013) (19).**

Esta subclasificación viene determinada por la duración e intensidad de la sintomatología maníaca o depresiva presente en cada episodio o fase. No obstante, cabe señalar que, en la trayectoria longitudinal de la enfermedad, con frecuencia se vislumbran síntomas por debajo del umbral propiamente depresivo o maníaco. Además, en el curso del trastorno, incluso en los episodios agudos es frecuente encontrar síntomas mixtos, pertenecientes a distintos polos de la enfermedad (6).

Los síntomas especificadores para el TB, detallados en la DSM-5, tratan de caracterizar pormenorizadamente la clínica de los episodios en el TB y el curso global del trastorno. El especificador mixto se aplica cuando un episodio, ya sea maníaco, hipomaníaco o depresivo, se combina con al menos tres síntomas del polo opuesto (18). Se denominarían «Episodio maníaco o hipomaníaco, con características mixtas» o bien «Episodio depresivo, con características mixtas». El especificador ciclación rápida se otorga al TB que haya presentado a lo largo de un año al menos cuatro episodios que cumplen criterios de manía, hipomanía o depresión mayor (19). Estos dos especificadores adquieren una especial consideración clínica por el hecho de asociarse a un pronóstico más grave, a



episodios más duraderos y prolongados de la enfermedad, así como a una mayor comorbilidad y suicidios consumados (19).

### 2.2.5. Diagnóstico

- a) **Trastorno bipolar tipo I:** Según la última versión de la DSM-5, para el diagnóstico de TB tipo I se requiere únicamente la existencia de un episodio de manía actual o pasado, que cumpla con los criterios diagnósticos establecidos (Tabla 2).

**Tabla 2: Criterios diagnósticos del episodio de manía según el DSM-5**

- |   |
|---|
| A. Período bien definido de estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, y un aumento anormal y persistente de la actividad o la energía dirigida a un objetivo, que dura como mínimo una semana y está presente la mayor parte del día, casi todos los días (o cualquier duración si se necesita hospitalización)  |
| B. Durante el período de alteración del estado de ánimo y aumento de la energía o actividad, existen tres (o más) de los síntomas siguientes (cuatro si el estado de ánimo es solo irritable), en un grado significativo y representan un cambio notorio del comportamiento habitual <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aumento de la autoestima o sentimiento de grandeza</li> <li>2. Disminución de la necesidad de dormir (por ejemplo, se siente descansado tras solo tres horas de sueño)</li> <li>3. Logorrea (más hablador de lo habitual o presenta presión para mantener la conversación)</li> <li>4. Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que los pensamientos van a gran velocidad</li> <li>5. Facilidad de distracción (es decir, la atención cambia demasiado fácilmente a estímulos externos poco importantes o irrelevantes), según se informa o se observa</li> <li>6. Aumento de la actividad dirigida a un objetivo (social, en el trabajo o la escuela, o sexual) o agitación psicomotora</li> <li>7. Participación excesiva en actividades que tienen muchas posibilidades de tener consecuencias dolorosas (por ejemplo, dedicarse de forma desenfadada a compras, juergas, indiscreciones sexuales o inversiones de dinero imprudentes)</li> </ol> |
| C. La alteración del estado del ánimo es suficientemente grave para causar un deterioro importante en el funcionamiento social o laboral, para necesitar hospitalización con el fin de evitar el daño a sí mismo o a otros, o porque existen características psicóticas   |
| D. El episodio no se puede atribuir a los efectos de una sustancia o a otra afección médica   |

**Fuente: American Psychiatric Association, (2013) (19).**

Así pues, si bien es cierto que hasta en el 95% de los casos se acompaña de un episodio depresivo, este no será imprescindible para su diagnóstico. De ese 5% de pacientes con TB tipo I que solo experimenta episodio(s) maníaco(s) (manía unipolar), algunos pueden padecer una depresión subclínica latente y desarrollar en un futuro una depresión mayor. En pacientes con TB tipo I pueden coexistir síntomas hipomaníacos a lo largo

de su historia. Estos síntomas servirían como indicadores de una inestabilidad creciente que apunta hacia la necesidad de un reajuste en el abordaje terapéutico. En cuanto a la sintomatología psicótica, si bien no aparece como criterio diagnóstico, se presenta con gran frecuencia en el TB tipo I; especialmente durante el episodio maníaco agudo, donde se ha registrado hasta en el 75% de los casos (6).

- b) **Trastorno bipolar tipo II:** De acuerdo con el DSM-5, para poder diagnosticar un TB tipo II es necesario evidenciar la existencia actual o pasada de, al menos, un episodio hipomaníaco (tabla 3), así como de un episodio depresivo mayor (tabla 4) actual o pasado. Ambos episodios deberán cumplir los criterios diagnósticos establecidos.

Al igual que en el TB tipo I, es imprescindible que los síntomas no estén producidos directamente por el uso de sustancias o medicamentos, ni que se expliquen mejor por otra patología psiquiátrica o enfermedad médica. En comparación con el TB tipo I, hasta un 50% de los pacientes con episodios depresivos dentro del TB tipo II puede experimentar sintomatología psicótica. Durante la historia de la enfermedad, suelen aparecer períodos de depresión de duración prolongada y síntomas hipomaníacos periódicos (6).

Esta carga de depresión podría explicar el deterioro funcional que padecen estos pacientes, así como el riesgo similar de suicidio en comparación con los pacientes que padecen TB tipo I (13).

Según los criterios diagnósticos del DSM-5, un episodio hipomaníaco requiere una duración mínima de cuatro días consecutivos, mientras que un episodio maníaco de al menos una semana. En relación con el punto de corte temporal de cuatro días en el episodio hipomaníaco, algunos investigadores han sugerido que debería acortarse a dos días, para que de esta forma se pudiera diagnosticar el TB tipo II en muchos pacientes categorizados con depresión unipolar (6).



- c) **Trastorno ciclotímico:** La ciclotimia se caracteriza por la presencia de síntomas subsindrómicos de carácter hipomaniaco y depresivo que determinan una inestabilidad persistente del estado de ánimo durante al menos dos años. Dichos síntomas no cumplen criterios para un episodio hipomaniaco o depresivo. En algunos estudios, se ha sugerido que más del 30% de los pacientes con diagnóstico de ciclotimia evolucionan hasta un TB, sobre todo del tipo II (6).

## 2.3. Trastorno límite de personalidad

### 2.3.1. Concepto

Según el DSM V, un trastorno de personalidad (TP) es un patrón perdurable de sentimientos, pensamientos y comportamientos que se desvía considerablemente de las expectativas de la cultura a la que pertenece la persona que lo padece, presentándose de forma inflexible. Éste tiene su inicio al final de la adolescencia o principio de la edad adulta. Empero, en algunos casos se manifiesta desde edades tempranas y representa dificultades para la persona en diversas esferas vitales (19).

Los TP suscitan un gran interés psicopatológico debido a su alta prevalencia y comorbilidad con otros trastornos. Uno de los trastornos más significativos por su prevalencia es el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP).

Las personas con TLP se caracterizan por una dificultad asociada a la regulación afectiva, lo que se manifiesta en un estado de ánimo impredecible y caprichoso, exhibiendo frecuentes arrebatos de ira y violencia que terminan en crisis emocionales intensas y autodestructivas. Además, se acompaña de baja tolerancia a la frustración, imagen corporal distorsionada, percepción dicotómica de sí mismos y los demás, y sentimientos crónicos de vacío. En este caso, se suelen establecer relaciones intensas pero inestables y existe comorbilidad con el consumo abusivo de SPA. Finalmente, es importante tener en cuenta que las consecuencias de tener TLP se manifiestan tanto en el sujeto que lo padece como en sus relaciones más cercanas (19,25).

El TLP puede surgir por una disposición o vulnerabilidad biológica y por experiencias psicológicas traumáticas y un contexto social inadecuado. Sin embargo, estos autores exponen que no siempre es así, puesto que aunque llegue



a darse que una persona presente alguno de estos factores, existen factores protectores. Así, aunque una persona tenga vulnerabilidad biológica, si su entorno familiar es adecuado y no presenta experiencias traumáticas, es probable que no llegue a desarrollar el trastorno (3).

### 2.3.2. Diagnóstico

El DSM V ubica al TLP dentro de los trastornos de personalidad del grupo B. La definición es: “patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, e impulsividad intensa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos” También establece unos criterios que se deben tener en cuenta para el diagnóstico (cinco o más de los siguientes; Tabla 3) (19).

**Tabla 3: Criterios diagnósticos de Trastorno Límite de Personalidad según el DSM-5**

- 
- (1). Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginado;
  - (2). Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por una alternancia entre los extremos de idealización y de devaluación;
  - (3). Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo;
  - (4). Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente autolesivas (p.e., gastos, sexo, drogas, conducción temeraria, atracones alimentarios);
  - (5). Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, o comportamiento de automutilación;
  - (6). Inestabilidad afectiva debida a una reactividad notable del estado de ánimo (p.e., episodios intensos de disforia, irritabilidad o ansiedad que generalmente duran unas horas y, rara vez, más de unos días);
  - (7). Sensación crónica de vacío;
  - (8). Enfado inapropiado e intenso, o dificultad para controlar la ira (p.e., exhibición frecuente de genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes); y
  - (9). Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves.
- 

**Fuente: American Psychiatric Association, (2013) (19).**

### 3. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

#### 3.1. A nivel local

No se ha encontrado estudios locales en los últimos 5 años sobre la inteligencia emocional en trastornos psiquiátricos.

#### 3.2. A nivel nacional

**Autores:** Cabrera R, Munaylla CD.

**Título:** Rasgos de la personalidad e inteligencia emocional en trabajadores asistenciales y administrativos de una MICRORED Ayacucho-2020.

**Resumen:** La presente investigación tuvo como objetivo principal determinar la relación entre los rasgos de personalidad y la inteligencia emocional en trabajadores asistenciales y administrativos de una MICRORED – Ayacucho 2020. El tipo de investigación fue no experimental, aplicada, correlacional y de corte transversal tomando una muestra censal de 158 trabajadores y con los instrumentos Big Five Questionary (BFQ), adaptado por Domínguez y Merino (2018), y el EQ-I Bar On Emotional Quotient Inventory, adaptado por Domínguez y Carreño (2017), se encontró que la correlación es positiva media entre los rasgos de personalidad y la inteligencia emocional, así como las dimensiones extraversión, afabilidad y responsabilidad con la I.E. como también lo presentan las dimensiones intrapersonal, interpersonal, adaptabilidad y estado de ánimo con los rasgos de personalidad. Por otro lado la dimensión de neuroticismo y apertura no guardan relación con la I.E así como la dimensión del manejo de estrés con los rasgos de personalidad (26).

**Autores:** Barahona EN.

**Título:** Nivel de inteligencia emocional en participantes de un grupo de alcohólicos anónimos en el distrito de Huaycán–Lima–Perú 2017.

**Resumen:** El principal objetivo de la investigación es determinar el nivel de inteligencia emocional en un grupo de alcohólicos anónimos, sabiendo que en la rehabilitación de la adicción por alcohol, el empleo emocional y su control forman parte esencial de la recuperación. La metodología empleada es de tipo descriptiva donde se diagnóstica la situación actual de la variable en una determinada población; el diseño es no experimental de corte transversal. La muestra se conformó por treinta y siete (37) pacientes de Alcohólicos Anónimos y se empleó el instrumento de ICE de Bar-On para recopilar información de la muestra. Entre los resultados se obtuvo que en el objetivo general se consiguió un nivel de inteligencia emocional en muy alta (3%), promedio (14%), baja (35%), muy baja (24%) y marcadamente baja (24%). Lo que evidencia que los participantes de alcohólicos anónimos se muestran con un nivel de inteligencia emocional pobre para las situaciones que enfrentan en rehabilitación (10).

### 3.3. A nivel internacional

**Autores:** Ruiz BM.

**Título:** Inteligencia emocional e ira en pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno límite de la personalidad.

**Resumen:** El objetivo principal de esta investigación ha sido analizar las diferencias en Inteligencia emocional (IE) e Ira en pacientes con Trastorno obsesivo compulsivo (TOC) y con Trastorno límite de la personalidad (TLP). Los objetivos específicos perseguidos sobre ambos constructos han sido los siguientes: (1) Conocer las puntuaciones medias de IE e Ira en cada uno de los tres grupos, clínicos (TOC y TLP) y no clínicos, analizando si existen diferencias entre ellos. (2) Estudiar la disparidad entre los dos grupos clínicos mencionados en relación a variables sociodemográficas y clínicas. (3) Analizar si las diferencias en IE e Ira entre los dos grupos clínicos pueden estar influidas por el estado de ánimo de los participantes y/o su nivel de ansiedad. **METODOLOGÍA:** Se ha optado por un diseño transversal comparativo causal entre tres grupos (TOC, TLP y Grupo Control). La población objeto de estudio estuvo compuesta por una muestra de 92 participantes, de los cuales 62 pertenecían



a población clínica y el resto a población no clínica. La muestra clínica estuvo formada por un 64.5% de mujeres mientras que en el grupo control por un 53.3%. La media de edad de la muestra clínica fue de 34.5 años (DT = 10.5), muy similar a la de la muestra no clínica, cuya media de edad fue de 34.63 años (DT = 10.7).

**RESULTADOS Y CONCLUSIONES:** Con respecto a la IE, se han obtenido menores puntuaciones en TLP en Área estratégica, Cambios y Relaciones emocionales. En relación a la Ira, se han hallado mayores puntuaciones en TLP en Ira estado, Ira rasgo, Expresión externa de ira e Índice de expresión de ira. Cuando se controlaron las variables Depresión y Ansiedad, dejaron de existir diferencias entre los dos grupos clínicos en IE. Sólo se mantenían las diferencias en Expresión externa de ira, con mayor puntuación para el grupo de TLP. Entre los sujetos con TOC se observó mayor Ira estado en sujetos con baja introspección, mayor Ira rasgo en los que presentaron consumo de tóxicos y autolesiones. Entre el grupo de participantes con TLP se ha encontrado mayor Ira estado en aquellos con somatizaciones, mayor Ira rasgo en los que presentan enfermedades somáticas asociadas y antecedentes familiares de Trastorno Mental Grave (23).

**Autores:** Salmerón JM

**Título:** Inteligencia emocional en pacientes con trastorno bipolar y trastorno límite de la personalidad

**Resumen:** El objetivo principal de esta investigación ha sido analizar las diferencias en Inteligencia emocional (IE) en pacientes con TB y TLP. Los objetivos específicos perseguidos sobre este constructo han sido los siguientes: (1) Conocer las puntuaciones medias de IE en cada uno de los tres grupos, clínicos (TB y TLP) y no clínico, analizando si existen diferencias entre ellos. (2) Estudiar la disparidad dentro de cada grupo clínico en relación a variables sociodemográficas y clínicas. (3) Analizar si las diferencias en IE entre los dos grupos clínicos pueden estar influidas por el estado de ánimo de los participantes y/o su nivel de ansiedad. Se ha optado por un diseño transversal comparativo causal entre tres grupos (TB, TLP y Grupo Control). La población objeto de estudio estuvo compuesta por una muestra de 96 participantes, de los cuales 62 pertenecían a población clínica y el resto a población no clínica. La muestra clínica estuvo formada por un 64.5% de mujeres mientras que en el grupo control por un 55.9%. La media de edad de la muestra clínica fue de 38

años ( $DT = 10.6$ ), muy similar a la de la muestra no clínica, cuya media de edad fue de 36.53 años ( $DT = 11.4$ ). Con respecto a las diferencias en IE entre TB y TLP, se han obtenido menores puntuaciones en TB en Percepción emocional y en las tareas de Caras y Relaciones emocionales. Diferencia que se mantiene salvo en la tarea de Caras, cuando se controlaron las variables Depresión y Ansiedad. En los pacientes con TB se observaron dificultades en Área estratégica, Manejo emocional y en la tarea de Caras. Asimismo, presentaron peor rendimiento en IE los pacientes con TB tipo I, con consumo de tóxicos y con gestos autolíticos previos. En el grupo de TLP, se han observado déficits en Área estratégica, Comprensión y Facilitación emocional y en la tarea de Cambios. Además, presentaron peor rendimiento las mujeres, aquellos con antecedentes de gestos autolíticos o conductas autolesivas (4).

**Autores:** Bural F, Segura J, Fernández V, Sánchez M.

**Título:** Trastorno límite de la personalidad e inteligencia emocional en adolescentes institucionalizados.

**Resumen:** Este estudio analizó la prevalencia del Trastorno Límite de la Personalidad entre el colectivo mencionado y la relación entre la Inteligencia Emocional y este trastorno. En este estudio participaron un total de 61 participantes de entre 13 y 17 años. Los resultados mostraron una prevalencia importante de sintomatología límite, así como una correlación negativa entre el trastorno límite de la personalidad y la satisfacción general con la vida. Los resultados de este estudio mostraron una prevalencia importante del trastorno límite de la personalidad en los niños institucionalizados en la muestra utilizada. Además, existiría un vínculo entre los abusos infantiles así como la negligencia infantil y el Trastorno Límite de la Personalidad, lo que provocaría un gran malestar emocional en la persona que lo padece (1).

#### **4. OBJETIVOS.**

##### **4.1. General**

Establecer diferencias en la inteligencia emocional en pacientes con trastorno bipolar y con trastorno límite de la personalidad atendidos en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Goyeneche, Arequipa durante el año 2021.

##### **4.2. Específicos**

- 1) Conocer el nivel y el componente más alto de la inteligencia emocional en pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar atendidos en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Goyeneche, Arequipa durante el año 2021.
- 2) Describir el nivel y el componente más alto de la inteligencia emocional en pacientes con diagnóstico de trastorno límite de personalidad atendidos en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Goyeneche, Arequipa durante el año 2021.
- 3) Identificar diferencias en la inteligencia emocional según el género en pacientes atendidos en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Goyeneche, Arequipa durante el año 2021.

#### **5. HIPÓTESIS.**

Es probable que existan diferencias en el nivel y componentes de la inteligencia emocional en pacientes con trastorno bipolar y con trastorno límite de la personalidad.



### III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

#### 1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

##### 1.1. Técnicas:

En la presente investigación se aplicará la técnica de la entrevista y la encuesta.

##### 1.2. Instrumentos:

El instrumento que se utilizará consiste en el inventario de inteligencia emocional ICE de BarOn (Anexo 1)

##### 1.3. Materiales:

- Fichas de investigación
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas de procesamiento de textos, bases de datos y estadísticos.

#### 2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

##### 2.1. Ubicación espacial:

La presente investigación se realizará en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Goyeneche, Arequipa.

##### 2.2. Ubicación temporal:

El estudio se realizará durante el periodo comprendido entre Julio – diciembre 2021.

##### 2.3. Unidades de estudio:

Adolescentes atendidos en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Goyeneche, Arequipa.

##### 2.3.1. Población:

Todos los adolescentes atendidos en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Goyeneche, Arequipa en el periodo de estudio.

##### 2.3.2. Muestra:

Se estudiará una muestra representativa cuyo tamaño se calculó mediante la fórmula de muestreo para proporciones en grupos independientes:

$$n = \left[ \frac{Z\alpha\sqrt{2(\hat{p} \cdot \hat{q})} + Z\beta\sqrt{(p_1 \cdot q_1) + (p_2 \cdot q_2)}}{p_1 - p_2} \right]^2$$

Donde:

n = tamaño de la muestra

$Z\alpha$  = coeficiente de confiabilidad para una precisión del 95% = 1.96

$Z\beta$  = coeficiente de confiabilidad para una potencia del 80% = 0.84

$p_1$  = proporción estimada de inteligencia emocional en pacientes con tr. bipolar

= 0.40

$p_2$  = proporción estimada de inteligencia emocional en pacientes con tr. límite de personalidad = 0.70

$$\hat{p} = \frac{p_1 + p_2}{2}$$

$$q = 1 - p$$

Por tanto:  $n = 41.92 \approx 42$  integrantes por grupo como mínimo.

Además, los integrantes de la muestra deberán cumplir los criterios de selección.

## 2.4. Criterios de selección:

### 2.4.1. Criterios de Inclusión

- Diagnóstico definitivo de trastorno bipolar o de trastorno límite de personalidad según criterios del CIE-10
- De ambos sexos
- Edad de mayor igual 18 años
- Participación voluntaria en la investigación

### 2.4.2. Criterios de Exclusión

- Otros trastornos psiquiátricos coexistentes
- Con retardo mental

- Educación menor a 18 años de edad
- Cuestionarios incompletos o invalidados

### 3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

#### 3.1. Organización

Se realizarán coordinaciones con la dirección del hospital y la jefatura del servicio de psiquiatría para obtener la autorización para la realización del estudio.

Se encuestará a adolescentes que cumplan los criterios de selección divididos en tres grupos: con diagnóstico de trastorno bipolar (TB), con diagnóstico de trastorno límite de personalidad (TLP), y un grupo control de adolescentes sin trastornos psiquiátricos (C). En los tres grupos se obtendrá autorización del paciente para completar el inventario de inteligencia emocional ICE-BarOn de 133 ítems.

Una vez concluida la recolección de datos, éstos se organizarán en bases de datos para su posterior análisis e interpretación.

#### 3.2. Recursos

##### 3.2.1. Humanos

- Investigadora, asesor.

##### 3.2.2. Materiales

- Fichas de investigación
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas procesadores de texto, bases de datos y software estadístico.

##### 3.2.3. Financieros

- Autofinanciado

#### 3.3. Validación de los instrumentos

El inventario de inteligencia emocional ICE de BarOn es un inventario elaborado por Reuven BarOn (Canadá) y evalúa cinco componentes conceptuales de la inteligencia emocional y social que involucran los 15 factores:

- *Componente intrapersonal* (CIA), que reúne los siguientes componentes:



comprensión emocional de sí mismo, asertividad, autoconcepto, autorrealización e independencia.

- *Componente interpersonal (CIE)*: reúne los siguientes componentes: empatía, responsabilidad social y relación interpersonal.
- *Componente de adaptabilidad (CAD)*, que reúne los siguientes componentes: prueba de la realidad, flexibilidad y solución de problemas.
- *Componente del manejo del estrés (CME)*: reúne los siguientes componentes: tolerancia al estrés y control de los impulsos.
- *Componente del estado de ánimo en general (CAG)*: reúne los siguientes componentes: felicidad y optimismo.

Tiene una alta consistencia interna (alfa de Cronbach = 0.93) y fue validado para población peruana por Ugarriza N (24).

### **3.4. Criterios para manejo de resultados**

#### **3.4.1. Plan de Procesamiento**

Los datos registrados en el Anexo 1 serán luego codificados y tabulados para su análisis e interpretación.

#### **3.4.2. Plan de Clasificación:**

Se empleará una matriz de sistematización de datos en la que se transcribieron los datos obtenidos en cada Ficha para facilitar su uso. La matriz fue diseñada en una hoja de cálculo electrónica (Excel 2019) (10).

#### **3.4.3. Plan de Codificación:**

Se procederá a la codificación de los datos que contenían indicadores en la escala continua y categórica para facilitar el ingreso de datos.

#### **3.4.4. Plan de Recuento.**

El recuento de los datos será electrónico, en base a la matriz diseñada en la hoja de cálculo.

#### **3.4.5. Plan de análisis**

Se empleará estadística descriptiva con determinación de medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (desviación estándar) para variables continuas. Las variables categóricas se presentarán como frecuencias absolutas

y relativas. Se empleará estadística inferencial con pruebas de comparación entre grupos independientes con prueba chi cuadrado y análisis de varianza (ANOVA) de una vía, con análisis post-foh de Tukey.

Para el análisis de datos se empleará la hoja de cálculo de Excel 2019 con su complemento analítico y el paquete SPSSv.25.0.

#### IV CRONOGRAMA DE TRABAJO

Actividades	Julio 21				Ago-nov 21				Diciembre 21			
	1	2	3	4					1	2	3	4
1. Elección del tema												
2. Revisión bibliográfica												
3. Aprobación del proyecto												
4. Ejecución												
5. Análisis e interpretación												
6. Informe final												

**Fecha de inicio:** 01 de julio 2021

**Fecha probable de término:** 20 diciembre 2021

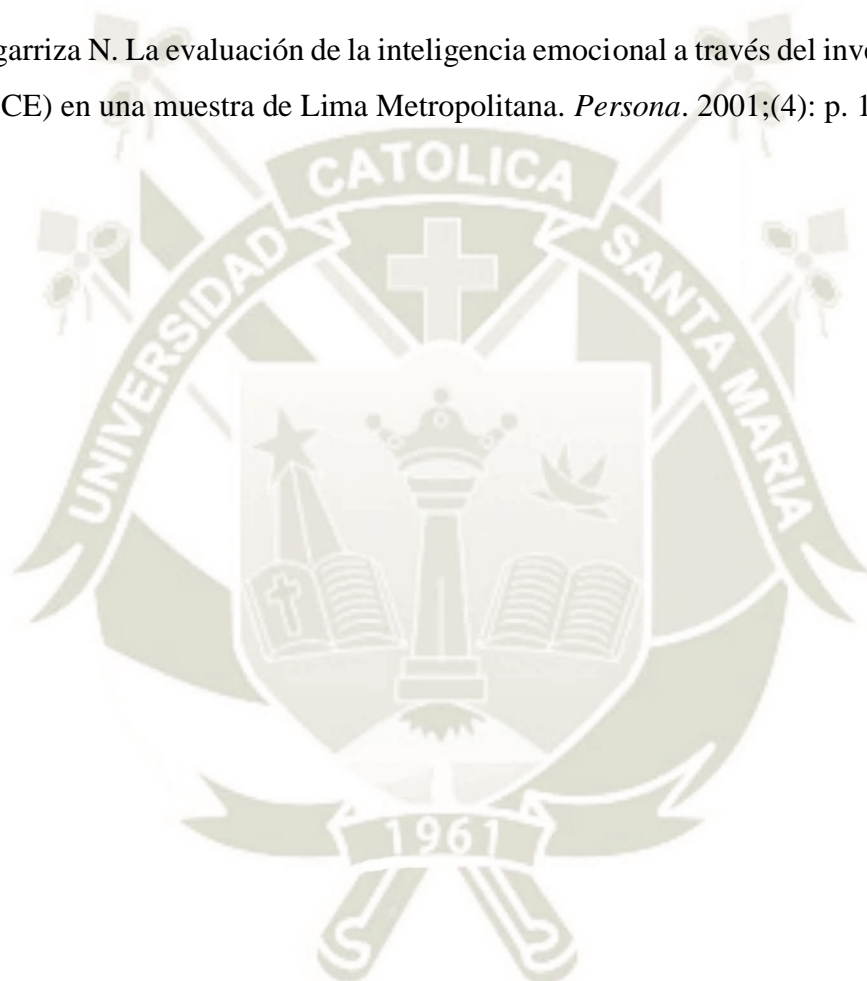
## V. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bursal F, Segura J, Fernández V, Sánchez M. Trastorno límite de la personalidad e inteligencia emocional en adolescentes institucionalizados. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 2019; 19(2): p. 229-238.
2. Martínez O, Montalván O, Betancourt Y. Trastorno Bipolar. Consideraciones clínicas y epidemiológicas. *Revista médica electrónica*. 2019; 41(2): p. 467-482.
3. Vanegas G, Barbosa A, Pedraza G. Revisión bibliográfica sobre el tratamiento sistémico y cognitivo conductual del trastorno límite de personalidad. *Informes Psicológicos*. 2017; 17(2): p. 159-176.
4. Salmerón JM. Inteligencia emocional en pacientes con trastorno bipolar y trastorno límite de la personalidad España: [Tesis doctoral]. Universidad de Murcia; 2017.
5. Goleman D. Inteligencia Emocional Barcelona: Editorial Kairos; 2002.
6. Davis SK, Humphrey N. Ability versus trait emotional intelligence: Dual influences on adolescent psychology adaptation. *Journal of Individual Differences*. 2014; 35: p. 54-62.
7. García A. Neurociencia de las emociones: la sociedad vista desde el individuo. Una aproximación a la vinculación sociología-neurociencia. *Sociológica* (México). 2019; 34(96): p. 39-71.
8. Benavidez V, Flores R. La importancia de las emociones para la neurodidáctica. *Wimb Lu*. 2019; 14(1): p. 25-53.
9. Calero A, Barreyro JP, Ricle II. Inteligencia emocional durante la adolescencia: su relación con la participación en actividades extracurriculares. *Psicod debate. Psicología, Cultura y Sociedad*. 2017; 17(2): p. 43-54.
10. Barahona EN. Nivel de inteligencia emocional en participantes de un grupo de alcohólicos anónimos en el distrito de Huaycán–Lima–Perú 2017: [Tesis para optar el título de licenciada en psicología], Facultad de Psicología y Trabajo Social, Universidad Inca Garcilaso de la Vega; 2018.
11. Arrieta M, Santos PM. Trastorno bipolar. *Medicine*. 2019; 12(86): p. 5052-5066.
12. Cullen B, Ward J, Graham NA, Deary IJ, Pell JP, Smith DJ. Prevalence and correlates of cognitive impairment in euthymic adults with bipolar disorder: A systematic review. *J Affect Disord*. 2016; 5: p. 165-81.



13. Grande I, Berk M, Birmaher B, Vieta E. Bipolar disorder. *Lancet*. 2016; 387: p. 1561-72.
14. Macneil CA, Hasty MK, Berk M, Henry L, Evans M, Redlich C. Psychological needs of adolescents in the early phase of bipolar disorder: implications for early intervention. *Early Interv Psychiatry*. 2011; 5: p. 100-7.
15. Rowland TA, Marwaha T. Epidemiology and risk factors for bipolar disorder. *Ther Adv Psychopharmacol*. 2018; 8(9): p. 251-69.
16. Craddock N, Sklar P. Genetics of bipolar disorder. *Lancet*. 2013; 381: p. 1654-62.
17. Berk M, Kapczinski F, Andreazza AC, Dean OM, Giorlando F, Maes M. Pathways underlying neuroprogression in bipolar disorder: focus on inflammation, oxidative stress and neurotrophic factors. *Neurosci Biobehav Rev*. 2011; 35: p. 804-17.
18. Merikangas KR, Jin R, He JP, Kessler RC, Lee S, Sampson NA. Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. *Arch Gen Psychiatry*. 2011; 68: p. 241-51.
19. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
20. Blanco C, Compton WM, Saha TD, Goldstein BI, Ruan WJ, Huang B. Epidemiology of DSM-5 bipolar I disorder: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions - III. *J Psychiatr Res*. 2017; 84: p. 310-7.
21. Clemente AS, Diniz BS, Nicolato R, Kapczinski FP, Soares JC, Fermo JO. Bipolar disorder prevalence: a systematic review and meta-analysis of the literature. *Rev Bras Psiquiatr*. 2015; 37: p. 155-61.
22. Kaplan HI, Sadock BJ. Sinopsis de psiquiatría. 11th ed. Madrid: Wolters Kluwer; 2015.
23. Phillips ML, Kupfer DJ. Bipolar disorder diagnosis: challenges and future directions. *Lancet*. 2013; 381: p. 1663-71.
24. Valentí M, Pacchiarotti I, Undurraga J, Bonnín CM, Popovic D, Goikolea JM. Risk factors for rapid cycling in bipolar disorder. *Bipolar Disord*. 2015; 17: p. 549-59.
25. Bailey AJ, Finn PR. Borderline personality disorder symptom comorbidity within a high externalizing sample: relationship to the internalizing-externalizing dimensional structure of psychopathology. *Journal of personality disorders*. 2020; 34(6): p. 814-826.

26. Cabrera R, Munaylla CD. Rasgos de la personalidad e inteligencia emocional en trabajadores asistenciales y administrativos de una MICRORED Ayacucho-2020: [Tesis para optar el título de licenciados en psicología], Escuela de Psicología de la Universidad César Vallejo; 2020.
27. Ruiz BM. Inteligencia emocional e ira en pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno límite de la personalidad España: [Tesis doctoral], Universidad de Murcia; 2016.
28. Ugarriza N. La evaluación de la inteligencia emocional a través del inventario de BarOn (I-CE) en una muestra de Lima Metropolitana. *Persona*. 2001;(4): p. 129-160.



## VI ANEXOS

### Anexo 1:

#### Ficha de recolección de datos

Nº ficha: \_\_\_\_\_

Edad : \_\_\_\_\_ Años

Sexo: Varón ☐ Mujer ☐

#### Inventario de inteligencia emocional (BarOn)

##### Introducción

Este cuestionario contiene una serie de frases cortas que permiten hacer una descripción de ti mismo(a). Para ello, debes indicar en qué medida cada una de las oraciones que aparecen a continuación es verdadera, de acuerdo a como te sientes, piensas o actúas la mayoría de las veces. Hay cinco respuestas por cada frase.

1. Rara vez o nunca es mi caso
2. Pocas veces es mi caso
3. A veces es mi caso
4. Muchas veces es mi caso
5. Con mucha frecuencia o siempre es mi caso.

##### Instrucciones

Lee cada una de las frases y selecciona UNA de las cinco alternativas, la que sea más apropiada para ti, seleccionando el número (del 1 al 5) que corresponde a la respuesta que escogiste según sea tu caso. Marca con un aspa el número.

Si alguna de las frases no tiene que ver contigo, igualmente responde teniendo en cuenta cómo te sentirías, pensarías o actuarías si estuvieras en esa situación. Notarás que algunas frases no te proporcionan toda la información necesaria; aunque no estés seguro(a) selecciona la respuesta más adecuada para ti. No hay respuestas “correctas “ o “incorrectas”, ni respuestas “buenas” o “malas”. Responde honesta y sinceramente de acuerdo a cómo eres, NO como te gustaría ser, no como te gustaría que otros te vieran. NO hay límite de tiempo, pero, por favor, trabaja con rapidez y asegúrate de responder a TODAS las oraciones.



1. Para superar las dificultades que se me presentan actúo paso a paso.
2. Es duro para mí disfrutar de la vida.
3. Prefiero un trabajo en el que se me diga casi todo lo que tengo que hacer.
4. Sé cómo enfrentar los problemas más desagradables.
5. Me agradan las personas que conozco.
6. Trato de valorar y darle el mejor sentido a mi vida.
7. Me resulta relativamente fácil expresar mis sentimientos.
8. Trato de ser realista, no me gusta fantasear ni soñar despierto(a).
9. Reconozco con facilidad mis emociones.
10. Soy incapaz de demostrar afecto.
11. Me siento seguro(a) de mí mismo(a) en la mayoría de situaciones.
12. Tengo la sensación de que algo no está bien en mi cabeza.
13. Tengo problemas para controlarme cuando me enojo.
14. Me resulta difícil comenzar cosas nuevas.
15. Cuando enfrento una situación difícil me gusta reunir toda la información que pueda sobre ella.
16. Me gusta ayudar a la gente.
17. Me es difícil sonreír.
18. Soy incapaz de comprender cómo se sienten los demás.
19. Cuando trabajo con otros tiendo a confiar más en sus ideas que en las mías.
20. Creo que puedo controlarme en situaciones muy difíciles.
21. Realmente no sé para que soy bueno(a).
22. No soy capaz de expresar mis ideas.
23. Me es difícil compartir mis sentimientos más íntimos con los demás.
24. No tengo confianza en mí mismo(a).
25. Creo que he perdido la cabeza.
26. Soy optimista en la mayoría de las cosas que hago.
27. Cuando comienzo a hablar me resulta difícil detenerme.
28. En general, me resulta difícil adaptarme.
29. Me gusta tener una visión general de un problema antes de intentar solucionarlo.
30. No me molesta aprovecharme de los demás, especialmente si se lo merecen.

31. Soy una persona bastante alegre y optimista.
32. Prefiero que otros tomen decisiones por mí.
33. Puedo manejar situaciones de estrés, sin ponerme demasiado nervioso.
34. Pienso bien de las personas.
35. Me es difícil entender cómo me siento.
36. He logrado muy poco en los últimos años.
37. Cuando estoy enojado(a) con alguien se lo puedo decir.
38. He tenido experiencias extrañas que no puedo explicar.
39. Me resulta fácil hacer amigos(as).
40. Me tengo mucho respeto.
41. Hago cosas muy raras.
42. Soy impulsivo(a), y eso me trae problemas.
43. Me resulta difícil cambiar de opinión.
44. Soy bueno para comprender los sentimientos de las personas.
45. Lo primero que hago cuando tengo un problema es detenerme a pensar.
46. A la gente le resulta difícil confiar en mí.
47. Estoy contento(a) con mi vida.
48. Me resulta difícil tomar decisiones por mi mismo(a).
49. No puedo soportar el estrés.
50. En mi vida no hago nada malo.
51. No disfruto lo que hago.
52. Me resulta difícil expresar mis sentimientos más íntimos.
53. La gente no comprende mi manera de pensar.
54. Generalmente espero lo mejor.
55. Mis amigos me confían sus intimidades.
56. No me siento bien conmigo mismo(a).
57. Percibo cosas extrañas que los demás no ven.
58. La gente me dice que baje el tono de voz cuando discuto.
59. Me resulta fácil adaptarme a situaciones nuevas.

60. Cuando intento resolver un problema analizo todas las posibles soluciones y luego escojo la que considero mejor.
61. Me detendría y ayudaría a un niño que llora por encontrar a sus padres, aun cuando tuviese algo que hacer en ese momento.
62. Soy una persona divertida.
63. Soy consciente de cómo me siento.
64. Siento que me resulta difícil controlar mi ansiedad.
65. Nada me perturba.
66. No me entusiasman mucho mis intereses.
67. Cuando estoy en desacuerdo con alguien soy capaz de decírselo.
68. Tengo tendencia a fantasear y a perder contacto con lo que ocurre a mi alrededor.
69. Me es difícil llevarme con los demás.
70. Me resulta difícil aceptarme tal como soy.
71. Me siento como si estuviera separado(a) de mi cuerpo.
72. Me importa lo que puede sucederle a los demás.
73. Soy impaciente.
74. Puedo cambiar mis viejas costumbres.
75. Me resulta difícil escoger la mejor solución cuando tengo que resolver un problema.
76. Si pudiera violar la ley sin pagar las consecuencias, lo haría en determinadas situaciones.
77. Me deprimó.
78. Sé como mantener la calma en situaciones difíciles.
79. Nunca he mentado.
80. En general me siento motivado(a) para continuar adelante, incluso cuando las cosas se ponen difíciles.
81. Trato de continuar y desarrollar aquellas cosas que me divierten.
82. Me resulta difícil decir “no” aunque tenga el deseo de hacerlo.
83. Me dejo llevar por mi imaginación y mis fantasías.
84. Mis relaciones más cercanas significan mucho, tanto para mí como para mis amigos.
85. Me siento feliz con el tipo de persona que soy
86. Tengo reacciones fuertes, intensas, que son difíciles de controlar.
87. En general, me resulta difícil realizar cambios en mi vida cotidiana.



88. Soy consciente de lo que me está pasando, aun cuando estoy alterado(a).
89. Para poder resolver una situación que se presenta, analizo todas las posibilidades existentes.
90. Soy capaz de respetar a los demás.
91. No estoy muy contento(a) con mi vida.
92. Prefiero seguir a otros a ser líder.
93. Me resulta difícil enfrentar las cosas desagradables de la vida.
94. Nunca he violado la ley.
95. Disfruto de las cosas que me interesan.
96. Me resulta relativamente fácil decirle a la gente lo que pienso.
97. Tiendo a exagerar.
98. Soy sensible ante los sentimientos de las otras personas.
99. Mantengo buenas relaciones con los demás.
100. Estoy contento(a) con mi cuerpo
101. Soy una persona muy extraña.
102. Soy impulsivo(a).
103. Me resulta difícil cambiar mis costumbres.
104. Considero que es muy importante ser un(a) ciudadano(a) que respeta la ley.
105. Disfruto las vacaciones y los fines de semana.
106. En general tengo una actitud positiva para todo, aun cuando surgen problemas.
107. Tengo tendencia a depender de otros.
108. Creo en mi capacidad para manejar los problemas más difíciles
109. No me siento avergonzado(a) por nada de lo que he hecho hasta ahora.
110. Trato de aprovechar al máximo las cosas que me gustan y me divierten.
111. Los demás piensan que no me hago valer, que me falta firmeza.
112. Soy capaz de dejar de fantasear para volver a ponerme en contacto con la realidad.
113. Los demás opinan que soy una persona sociable.
114. Estoy contento(a) con la forma en que me veo.
115. Tengo pensamientos extraños que los demás no logran entender.
116. Me es difícil describir lo que siento.
117. Tengo mal carácter.

118. Por lo general, me trabo cuando pienso acerca de las diferentes maneras de resolver un problema.
119. Me es difícil ver sufrir a la gente.
120. Me gusta divertirme.
121. Me parece que necesito de los demás más de lo que ellos me necesitan.
122. Me pongo ansioso(a).
123. No tengo días malos.
124. Intento no herir los sentimientos de los demás.
125. No tengo una buena idea de lo que quiero en la vida.
126. Me es difícil hacer valer mis derechos.
127. Me es difícil ser realista.
128. No mantengo relación con mis amistades.
129. Haciendo un balance de mis puntos positivos y negativos me siento bien conmigo mismo(a).
130. Tengo una tendencia a explotar de cólera fácilmente.
131. Si me viera obligado(a) a dejar mi casa actual, me sería difícil adaptarme nuevamente.
132. En general, cuando comienzo algo nuevo tengo la sensación de que voy a fracasar.
133. He respondido sincera y honestamente a las frases anteriores.

**Fuente: Ugarriza, N (2001) (24).**